

·标准与指南·

登革热防控方案(2025 年版)

国家疾病预防控制局 中华人民共和国国家卫生健康委员会

【关键词】登革热;预防;控制

DOI: 10.3760/cma.j.cn331340-20250701-00086

Prevention and control plan for dengue fever (2025 version)

National Disease Control and Prevention Administration, National Health Commission of the People's Republic of China

【Key words】Dengue fever; Prevention; Control

DOI: 10.3760/cma.j.cn331340-20250701-00086

登革热 (dengue fever, DF) 是由登革病毒 (dengue virus, DENV) 引起,经媒介伊蚊叮咬传播的急性传染病,是《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病。登革热在全球热带和亚热带地区广泛流行,流行范围和发病人数呈不断扩大和上升趋势。我国媒介伊蚊分布广泛,近年来由境外输入病例引发的登革热本地疫情时有发生,为指导各地科学有效做好登革热防控工作,保护人民群众身体健康,制定本防控方案。

一、总体要求

坚持“党的领导、部门协作、社会动员、全民参与”的传染病综合防控工作机制,按照“预防为主、依法科学、综合治理、分级分类”原则,压实“四方责任”,落实“四早”要求。积极开展爱国卫生运动,加强多部门协同联动,广泛动员社会和群众,开展环境卫生清理整治。加强健康宣教,提高公众自我防护意识和能力。开展多渠道监测预警,加强疫情分析与风险研判,及时发现和控制输入疫情,有效阻断本地传播,做到发现一起、控制一起,避免出现较大规模聚集性疫情。中西医结合规范治疗病例,最大限度降低重症、死亡病例发生风险。

二、病原学特征

登革病毒属于黄病毒科黄病毒属,病毒颗粒呈

球形,有包膜,直径(45~55) nm,共有 4 个血清型 (DENV-1、DENV-2、DENV-3 和 DENV-4),均可导致人类感染,引发重症,其中 DENV-4 型病毒传播力较弱,累及范围较小。我国本地传播登革病毒流行株血清型与境外输入病毒相关联,以 DENV-1 型、DENV-2 型多见。基因组为单股正链 RNA,全长约 11 kb,内含单一可读框依次编码 3 种结构蛋白和 7 种非结构蛋白。NS1 抗原是非结构蛋白中的一种糖蛋白,在急性期血清中大量存在,可作为早期诊断指标。

登革病毒对热敏感,56℃ 30 分钟可灭活。在 4℃ 条件下其感染性可保持数周,在-70℃或冷冻干燥状态下可长期存活。pH 值小于 3 的条件、超声波、紫外线、0.05% 甲醛溶液、乳酸、高锰酸钾、龙胆紫均可灭活病毒。

三、流行病学特征

(一)传染源。

登革热患者、隐性感染者、带病毒的非人灵长类动物。

(二)传播途径。

主要通过携带登革病毒的伊蚊叮咬传播,在我国传播媒介主要为白纹伊蚊和埃及伊蚊。少数情况下也可经输血传播和母婴传播。

(三)潜伏期。

一般为 1~14 天,多为 5~9 天。

(四)传染期。

感染者在发热期及前后 1~2 天对媒介伊蚊具有感染性,一般在发病前 1 天至发病后 5 天内感染性强。

(五)易感人群。

人群普遍易感。登革病毒感染后,对同血清型登革病毒可产生持久免疫力,但对不同血清型登革病毒不能形成有效保护,再次感染不同血清型登革病毒可增加重症风险。

(六)流行特征。

登革热在全球存在媒介伊蚊分布的热带、亚热带地区广泛流行,累及全球 100 多个国家和地区。拉丁美洲、西太平洋、东南亚、东地中海等地区,登革热传播可常年发生。我国虽尚未形成稳定的登革热本地传播疫源地,但境外输入病例常年可见。广东、云南、广西等多个省份曾多次发生输入引起的本地传播疫情,夏秋季高发,各年龄段人群均可发病,以青壮年为主。

(七)临床表现。

登革热是一种全身性疾病,临床表现复杂多样,临床特征为突起发热、全身疼痛、皮疹、出血及白细胞减少等,病程可分为急性发热期、极期和恢复期。多数病例病情较轻,仅有发热期和恢复期表现,少数病例为重症登革热,表现为严重出血、休克及重要脏器损伤。具体参见国家卫生健康委、国家中医药局印发的《登革热诊疗方案(2024 年版)》。

四、流行风险地区分类

综合考虑媒介伊蚊分布情况和活动期长短、既往本地疫情发生情况和疫情规模等因素,将 31 个省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团按照登革热传播风险由高到低分为 I 类、II 类、III 类、IV 类地区。后续可视传播风险变化动态调整。

I 类地区(6 个)指媒介伊蚊活跃期较长、既往报告本地病例较多、聚集性疫情发生风险相对较高的地区,包括浙江、福建、广东、广西、海南、云南。

II 类地区(11 个)指媒介伊蚊活跃期相对较长

或既往有本地病例报告、有一定聚集性疫情发生风险的地区,包括上海、江苏、安徽、江西、山东、河南、湖北、湖南、重庆、四川、贵州。

III 类地区(8 个)指有媒介伊蚊分布、既往未报告过本地病例,但存在输入病例引起本地传播风险较高的地区,包括北京、天津、河北、山西、辽宁、西藏、陕西、甘肃。

IV 类地区(7 个)指目前未监测到媒介伊蚊分布、既往未报告过本地病例的地区,包括内蒙古、吉林、黑龙江、青海、宁夏、新疆及新疆生产建设兵团。

五、病例报告与管理

(一)病例定义。

1.登革热疑似病例、临床诊断病例和确诊病例。参见《登革热诊疗方案(2024 年版)》。

2.重症登革热。出现严重出血、休克或严重器官损害的确诊病例。参见《登革热诊疗方案(2024 年版)》。

3.境外输入病例、省外输入病例和本地病例。按感染来源地,将确诊病例分为境外输入病例、省外输入病例和本地病例:

境外输入病例指发病前 14 天内有登革热流行国家或地区旅居史且排除境内感染可能的病例。

省外输入病例指发病前 14 天内有居住地所在省份外的境内登革热流行地区旅居史且排除居住地所在省份感染可能的病例。

本地病例指发病前 14 天内没有居住地所在省份以外地区旅居史的病例,或有居住地所在省份以外地区旅居史且排除旅居地感染可能的病例。

(二)多渠道监测。

1.进境人员监测。海关收到登革热相关健康申报或检疫发现疑似症状的进境人员,应及时开展流行病学调查、医学检查和标本采样检测。对可能感染登革病毒的进境人员发放《就诊方便卡》,并及时通报当地疾控部门。登革热流行季重点地区要加强口岸疫情防控,疾控部门、医疗机构对口岸海关检疫发现的登革热病例、疑似病例在知情同意基础上进行点对点防蚊隔离收治。对来自境外登革热流行国家或地区且进境后 14 天内前往海关所属国际旅

行卫生保健中心的劳务、留学生等重点人员,按要求开展进境后登革热监测,及时发现境外输入病例。

2.病原学监测。包括病例监测和媒介伊蚊监测,报告病例的医疗机构、县级疾控中心负责采集输入病例和本地病例急性期的血清样本,县级疾控中心负责采集媒介伊蚊活动高峰期和登革热流行季节伊蚊的样本。具体检测方法见《登革热实验室检测方案》(附件 1)。

(1)病毒核酸分型检测。境外输入病例应尽量全部采集样本。省外输入病例和本地病例按以下要求采集:当病例数量少于 20 例时,应尽量全部采集;介于 20~100 例之间时,采集样本数不低于 20 例;超过 100 例时,采集样本数不低于病例数的 20%。

(2)基因组序列测定和分析。选择不少于 10% 的核酸检测阳性样本开展 E 蛋白编码基因序列测定和分析,阳性样本优先选取首例本地病例、指示病例、重症病例和死亡病例。对用于查明疫情性质和波及范围的聚集性病例核酸检测阳性标本开展病毒全基因组序列测定和分析。

不具备基因测序条件的县级疾控中心,应将标本送至地市级或省级疾控中心进行检测。省级疾控中心每月中旬将上月登革病毒基因组序列及时上传至“病毒病病原监测预警系统”(https://www.ivdcvma.cn)。

3.专项调查。中国疾控中心指导重点地区在媒介伊蚊非活跃期(通常为 1 月至 3 月)对既往发生登革热本地疫情的县(市、区)开展人群登革病毒血清流行病学专项调查,了解人群感染率、免疫水平以及血清型别等特征。具体要求见《登革热血清流行病学调查方案》(附件 2)。

4.媒介监测。分为常规监测和应急监测。常规监测包括生态学监测、抗药性监测和媒介带毒监测,了解媒介伊蚊种类构成、种群密度和分布、抗药性水平以及登革病毒携带情况。应急监测包括成蚊监测和幼蚊监测,用于评估疫情风险和评价蚊媒控制效果。媒介监测频次、方法、工作要求等见《登革热媒介伊蚊监测方案》(附件 3)。

(三)病例报告和突发公共卫生事件报告。

1.病例报告。医疗机构发现登革热疑似病例、临床诊断病例和确诊病例,应于 24 小时内通过“中国疾病预防控制中心信息系统”的监测报告管理模块进行网络直报。尚不具备网络直报条件的单位应以适当通讯方式(电话、传真等)及时向当地县级疾控中心报告,并及时寄送出传染病报告卡,县级疾控中心在接到报告后立即进行网络直报。

2.病例订正。医疗卫生机构要根据实验室检测、流行病学调查结果及时对病例信息进行复核、订正。确诊病例发展为重症登革热时,应填报“重症登革热”。明确可能感染来源后,应及时订正病例分类,境外输入病例需标注境外国家或地区名称,省外输入病例需标注输入来源的省、市、县三级行政区划名称。

3.突发公共卫生事件报告。突发公共卫生事件包括新发疫情、聚集性疫情和局部暴发疫情。新发疫情指以县(市、区)为单位,近 5 年首次报告登革热本地确诊病例。聚集性疫情指在同一家庭、学校、建筑工地、社区、村庄等集体单位或场所,14 天内报告 3 例及以上登革热本地确诊病例。局部暴发疫情指同一街道/乡镇,14 天内报告 10 例及以上登革热本地确诊病例。疫情所在地的县级疾控中心应在 2 小时内通过突发公共卫生事件管理信息系统报告,事件级别选择“未分级”。后续根据疫情进展及时调整。

(四)病例管理。

1.住院病例。医疗机构按照《登革热诊疗方案(2024 年版)》要求对住院病例采取防蚊隔离治疗,病床应安装蚊帐,病房、值班室等房间应安装纱门、纱窗,对院内和周边环境开展灭蚊。病程超过 5 天,且体温自然下降至正常超过 24 小时及以上的住院病例,可解除防蚊隔离。

2.非住院病例。医疗机构应告知病例自我防蚊隔离期间相关注意事项,包括安装蚊帐、纱门、纱窗等防蚊隔离设施,合理使用驱蚊剂避免伊蚊叮咬,使用蚊香、灭蚊剂等杀灭室内成蚊,清理或倒置住家及周围闲置的积水容器,避免在清晨、傍晚等伊蚊活跃时间段外出等。病程超过 5 天,且体温自然

下降至正常超过 24 小时及以上的病例,可解除防蚊隔离。自我防蚊隔离期间病情加重应及时就诊。辖区疾控机构、社区卫生服务中心(乡镇卫生院)指导非住院病例做好自我防蚊隔离管理和健康监测。

(五)流行病学调查。

在依法做好个案流行病学调查基础上,县级疾控中心会同医疗机构对境外输入病例、省外输入病例、本地散发病例,聚集性疫情和局部暴发疫情的首发病例、指示病例,以及重症病例、死亡病例开展重点病例流行病学调查,调查内容主要包括基本信息、发病、就诊及实验室检测情况、发病前后活动情况等。调查过程中要充分利用信息化手段调取数据,减轻基层填报负担,具体要求详见《登革热重点病例流行病学调查方案》(附件 4)。

六、疫情处置

(一)科学划定风险区域。

登革热流行季出现确诊病例(包括输入病例、本地病例)的Ⅰ类、Ⅱ类、Ⅲ类地区,以及登革热非流行季出现本地病例的地区,应根据个案流行病学调查结果,按照传播扩散风险由高到低划分核心区、警戒区和监控区 3 个风险区。

1.核心区。以病例住所、工作地点、传染期长时间活动的场所为中心,参考媒介伊蚊活动范围,将不小于 100 米为半径的空间范围划定核心区。1 例病例可划定多个核心区。

2.警戒区。将核心区向外扩展 200 米半径的空间范围划定为警戒区。城市地区可将核心区周围 200 米区域和涉及的小区、单位整体划定为警戒区。农村地区可将核心区所在的自然村划定为警戒区。

3.监控区。根据登革热传播风险、疫情规模等因素,在警戒区外围划定监控区。一般将警戒区涉及的社区划定为监控区,传播风险较大时可将核心区所在的街道或乡镇划定为监控区。

(二)分级分类处置疫情。

根据登革热流行特点和疾病发展进程,将登革热疫情分为输入疫情、本地散发疫情、聚集性疫情和局部暴发疫情,遵循“早、小、严、实”原则,分级分类处置疫情。

1.输入疫情。采取“加强媒介伊蚊监测,积极开展防蚊灭蚊,做好病例救治和防蚊隔离管理”的防控策略,防止引发本地疫情。登革热非流行季出现输入疫情时,各地要做好病例救治和防蚊隔离工作。云南、广东等重点地区要加强媒介伊蚊监测,根据监测结果及时调整蚊媒控制措施,提升防制效果。登革热流行季出现输入疫情时,Ⅰ类、Ⅱ类和Ⅲ类地区应根据风险评估结果及时采取媒介伊蚊应急监测和控制措施,重点做好输入病例发病前 1 天至发病后 5 天内活动区域的成蚊杀灭工作。对病例采取住院防蚊隔离治疗,病例同行人员做好 14 天自我健康监测。云南、广东等重点地区要每周开展疫情监测分析和风险评估,及早预警流行风险。

2.本地散发疫情。采取“科学划定风险区域、尽快降低伊蚊密度、启动病例应急监测”的防控策略,快速扑灭疫情、防止扩散蔓延。Ⅰ类、Ⅱ类和Ⅲ类地区做好病例流行病学调查,对重点病例开展基因序列测定和分析,查找可能的感染来源。快速评估和划定疫情风险区,3 天内将核心区成蚊密度控制在安全水平。对共同暴露人员及早排查和开展健康监测,加强风险区域内医疗机构就诊病例排查。疫情发生地开展核心区入户搜索排查,医疗机构启动病例应急监测,落实“逢疑必检”,对无急性呼吸道感染症状、体温超过 38℃的患者开展登革病毒 NS1 抗原检测,对病例采取住院防蚊隔离治疗。

3.聚集性疫情。采取“1 天内完成风险区域划定并启动灭蚊工作,核心区 3 天内完成入户调查处置、3 天内完成全覆盖成蚊杀灭、5 天内控制蚊媒密度”的防控策略,做到“发现一起、扑灭一起”,严防疫情升级和外溢扩散。Ⅰ类、Ⅱ类和Ⅲ类地区要快速划定核心区,核心区全面落实“逢热必检”,强化病例搜索和防蚊隔离管理,严格落实各项媒介控制措施,持续将蚊媒密度控制在安全水平。既往疫情非常严重、伊蚊密度特别高或有其他因素导致疫情扩散风险高的地区,要进一步抓早抓小,加大应急处置力度。

4.局部暴发疫情。采取“全力压峰缓疫,降低蚊媒密度及防重症为主”的防控策略,降低疫情规模,

减少重症和死亡病例发生风险,避免医疗资源挤兑和疫情本地化。Ⅰ类地区发生疫情的街道或乡镇要积极发动群众,做好蚊媒孳生地清理和成蚊杀灭,特别是空置屋、闲置屋、楼顶天台、地下车库、公园、工地等场所的清理和消杀工作,最大限度消除卫生死角,持续将蚊媒密度控制在安全水平。疫情发生地居家病例严格落实防蚊隔离管理,老年人、孕妇等重症登革热高风险人群做好住院防蚊隔离治疗。同时,要做好疫情信息发布和跨区域协同调查处置。

(三)媒介伊蚊应急监测与控制。

媒介伊蚊活跃期出现登革热确诊病例时,Ⅰ类、Ⅱ类、Ⅲ类地区开展媒介伊蚊应急监测与控制。

1.媒介伊蚊应急监测。核心区每天开展监测,媒介伊蚊密度达到安全水平[如双层叠帐法低于0.9只/(顶·小时)]后每周开展2次监测,直至疫情结束。警戒区每周开展1次监测,监控区每两周开展1次监测,直至媒介伊蚊密度达到安全水平。具体要求见《登革热媒介伊蚊监测方案》(附件3)。

2.媒介伊蚊应急控制。核心区应在3天内将成蚊密度控制在安全水平,在5天内将布雷图指数降至5以下;警戒区应在7天内将布雷图指数控制在5以下,可根据风险评估情况开展成蚊控制。具体要求见《登革热媒介伊蚊应急控制方案》(附件5)。

3.终止条件。当划定的核心区、警戒区连续24天内无登革热新发病例,且核心区内布雷图指数降至5以下,双层叠帐法成蚊密度不高于0.9只/(顶·小时),可终止核心区、警戒区伊蚊应急监测与控制工作。

4.媒介控制效果评价。疫情发生地疾控中心应及时开展蚊媒控制效果评价,鼓励重点地区加强对有害生物防制公司的技术指导与培训,推进以消杀效果为导向的病媒生物防制付费机制。

(四)疫情通报。

各省级疾控部门应依法及时发布登革热疫情信息,科学发布健康风险提示。出现省内跨区域疫情传播时,涉及地区的疾控部门和相关机构要加强信息互通共享,尽早采取防控措施。出现跨省份疫情传播时,病例输入省份的疾控部门应及时将相关

信息通报病例输出省份的疾控部门,共同做好疫情调查处置。

七、实验室检测

实验室检测包括抗原检测、核酸检测、病毒培养分离和血清抗体检测等。抗原检测、核酸检测和病毒培养分离一般采集病例发病5天内的血液样本。血清抗体检测主要采集病例发病5天后的血液样本,但需注意可能与其他黄病毒感染存在交叉反应。具体要求见《登革热实验室检测方案》(附件1)。

八、预防措施

(一)广泛深入开展爱国卫生运动。

各地要组织开展爱国卫生运动,推动各部门切实履行职责,将蚊媒防制要求落实到常态化环境卫生整治、孳生地清理、媒介生物防制等工作中。发动群众集中开展社区、单位和家庭环境卫生清理整治,清除积水、翻盘倒罐,全面清理蚊虫孳生场所。强化城市背街小巷、城中村、城乡结合部等重点场所卫生治理,整治农村地区房前屋后垃圾,全面清理河塘、沟渠,最大限度消除卫生死角,减少病媒生物孳生地。

(二)加强健康科普宣教。

结合本地登革热流行特征,针对不同人群特点科学宣传防控知识,增强公众自我防护能力和主动就诊意识,引导群众配合社区做好入户防蚊灭蚊等工作,推广使用蚊香、驱避剂、蚊帐等方式驱蚊、灭蚊和防蚊,当好自身健康第一责任人。通过多种形式向进出境人员宣传疫情信息和防病知识,提升进出境人员主动健康申报和科学防病意识。引导疑似病例及时主动就诊和采取防蚊隔离措施,提醒病例减少跨区域流动,避免疫情传播扩散。宣传内容可参见《登革热健康科普核心信息》(附件6)。

(三)加强重点场所防控。

医疗机构应严格落实登革热病例防蚊隔离措施,加强院内及周边环境的卫生整治,医务人员做好个人防护,避免蚊虫叮咬引起相互传播。建筑工地应及时清除地面积水、清理废弃的建材垃圾。公园、景点、花卉市场等场所应对绿化植被和水生植物定期修剪、定期换水,填堵竹节树洞。重点地区宾

馆酒店应加强场所内及周边环境的卫生整治,积极营造无蚊环境,登革热流行季提醒旅客做好防蚊措施。鼓励农村地区因地制宜采取以清除、改造孳生地为主的蚊媒控制措施,探索应用生态防蚊、控蚊新技术新方法,有效降低媒介伊蚊密度。

九、工作要求

(一)加强组织领导。各地要高度重视登革热防控工作,坚持联防联控、多病同防,压实“四方责任”,结合本地流行季节、输入风险等实际情况,分级分类落实防控工作要求,及时采取有力的防范应对措施,尽早尽快控制疫情,严防疫情外溢扩散。各地疾控、卫生健康部门要会同海关等部门做好重点国家和地区进出境人员检疫查验,及时发现和控制输入疫情。多部门协同联动开展爱国卫生运动,落实环境卫生整治、病媒生物防制等措施,降低疾病传播风险。

(二)强化防治措施落实。各地疾控机构负责组织做好疫情监测、风险研判和调查处置,加强媒介伊蚊防制,严防疫情扩散蔓延。各级各类医疗机构要落实“四早”要求,中西医结合规范诊治病例,落

实住院病例防蚊隔离管理,畅通重症、危重症病例转诊和救治渠道,降低重症、死亡病例发生风险。各地要广泛开展登革热防控知识科普宣教,提高公众防护意识和防护能力。发生本地聚集性疫情的地区要依法依规及时发布疫情信息和健康风险提示。

(三)强化培训指导。各地疾控机构要加强对疾控人员流行病学调查、现场处置、蚊媒监测控制和实验室检测等相关培训。各级各类医疗机构要对医务人员开展登革热防控和诊疗培训。各地疾控和卫生健康部门要加强防治工作的督促指导,确保各项措施落实到位。

附件(略):1.登革热实验室检测方案

2.登革热血清流行病学调查方案

3.登革热媒介伊蚊监测方案

4.登革热重点病例流行病学调查方案

5.登革热媒介伊蚊应急控制方案

6.登革热健康科普核心信息

(收稿日期:2025-07-01)

欢迎订阅

2026 年《国际流行病学传染病学杂志》